

VÓLVULO DE CIEGO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Cecal volvulus as a cause of intestinal obstruction

Pérez Naranjo P, Revelles Paniza M, Gaitan Nieves DA
HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

El vólvulo de ciego es una entidad poco frecuente causada por una torsión del ciego sobre su propio mesenterio. Se presenta el caso de una paciente que fue derivada al Servicio de Urgencias con clínica de obstrucción intestinal. Tras el diagnóstico radiológico de vólvulo de ciego y tras una clínica aguda con signos de sufrimiento de asas se llevó a cabo de urgencias una hemicolectomía derecha tras una laparotomía media supraumbilical.

Palabras clave: c vólvulo de ciego, obstrucción intestinal, TC.

CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo / paula.perez.naranjo@gmail.com
Hospital San Cecilio -18016. Granada.
Fecha de envío: 30/05/2022 - Fecha de aceptación: 14/06/2022

Abstract

Cecal volvulus is a rare entity caused by torsion of the cecum on its own mesentery. We present the case of a patient who was referred to the Emergency Department with symptoms of intestinal obstruction. After the radiological diagnosis of volvulus of the cecum and after an acute clinic with signs of suffering loops, a right hemicolectomy was carried out in the emergency room after a median supraumbilical laparotomy.

Keywords: caecal volvulus, intestinal obstruction, CT.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 64 años de edad sin antecedentes clínicos destacables, que consultó al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado, creciente en las últimas 8 horas, con ausencia de deposiciones y con vómitos asociados de 24 horas de evolución.

A su llegada a urgencias en la exploración física se evidenció un abdomen distendido, timpánico, doloroso de manera difusa y sin signos de irritación peritoneal.

Análiticamente destacó: proteína C reactiva 93 mg/dl, LDH 270 U/L, con hemograma y coagulación dentro de límites normales.

La radiografía de abdomen fue compatible con vólvulo de ciego (Figura 1).



FIGURA 1

RADIOGRAFÍA AP DE ABDOMEN DE UN VÓLVULO DE CIEGO QUE MUESTRA UNA GRAN DILATACIÓN DEL COLON ASCENDENTE QUE SE EXTIENDE DESDE EL CUADRANTE INFERIOR DERECHO HACIA EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO DEL ABDOMEN.

Se solicitó de urgencias una Tomografía Computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso para mejor caracterización de los hallazgos, donde se observó una localización ectópica del ciego en hemiabdomen izquierdo que mostraba marcado aumento de calibre, de hasta 11 cm de calibre máximo, y disminución significativa de realce de su pared tras la administración de contraste i.v. Estos hallazgos se asociaban con imagen de torsión del mesenterio (signo del remolino) en hipocondrio derecho así como ingurgitación de vasos mesentéricos, compatible con cuadro de obstrucción intestinal secundario a vólvulo cecal (Figura 2).

Valorado por el Servicio de Cirugía General tras diagnóstico por imagen, se decidió intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media supraumbilical, donde se objetivó gran distensión de ciego de hasta 15 cm de diámetro a nivel de los vasos ileocecoapendiculares, que va desde fosa ílica derecha hasta hipocondrio izquierdo, con necrosis del mismo así como del apéndice cecal y de los últimos 5 cm de íleon terminal, con moderada cantidad de líquido libre

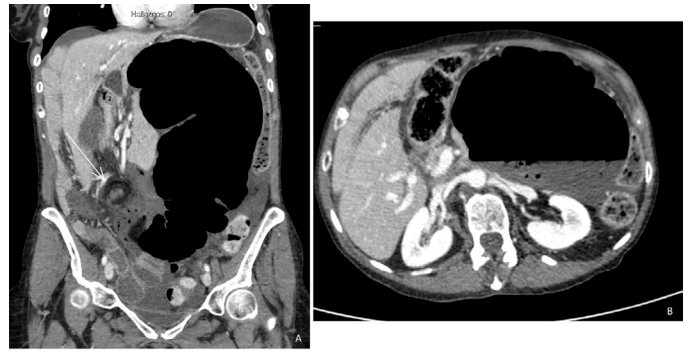


FIGURA 2

TC ABDOMINOPÉLVICO CON CONTRASTE I.V. A.- RECONSTRUCCIÓN CORONAL: CIEGO DILATADO CON AIRE EN SU INTERIOR Y SITUADO HEMIABDOMEN IZQUIERDO. SIGNO DEL REMOLINO (FLECHA BLANCA), CON TORSIÓN DEL MESENTERIO Y GIRO DE LA ARTERIA ILEOCÓLICA HACIA EL HIPOCONDRIUM IZQUIERDO. B.- RECONSTRUCCIÓN AXIAL CIEGO DILATADO Y LLENO DE AIRE Y CONTENIDO ALIMENTICIO, SITUADO EN HIPOCONDRIUM IZQUIERDO.

hemorrágico. Se llevó a cabo una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica látero-lateral.

El postoperatorio de la paciente transcurrió sin incidencias siendo dada de alta domiciliaria a los 7 días de su ingreso.

Discusión

El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico; es más frecuente en sigma (80%), seguido del ciego (15%) y transverso (5%). En el caso concreto del vólvulo de ciego se produce una rotación alrededor de la arteria ileocólica¹.

El vólvulo cecal es una entidad rara, que representa el 10-30% de las volvulaciones del colon y el 1-3% de los casos de obstrucción intestinal por vólvulos².

Los factores de riesgo asociados para el vólvulo colónico son la edad avanzada, el estreñimiento crónico y las dietas ricas en fibra. El vólvulo cecal ocurre más comúnmente en la segunda y tercera década de la vida, en comparación con el vólvulo sigmoideo que ocurre en la séptima y octava década de la vida³. Como en nuestro caso, la paciente presentaba un estreñimiento crónico por lo que había visitado en varias ocasiones urgencias.

En general, hay tres tipos diferentes de vólvulo cecal^{2,3,4}:

Tipo 1: se forma por una rotación axial en el sentido de las agujas del reloj del ciego a lo largo del eje largo. La ubicación del vólvulo cecal es en el cuadrante inferior derecho.

Tipo 2: se desarrolla a partir de una torsión de una parte del ciego y una parte del íleon terminal. La ubicación del ciego se desplaza a una ubicación ectópica (típicamente en el cuadrante superior izquierdo) y se reubica en una orientación invertida. Tradicionalmente, pero no en todos los casos, un

vólvulo cecal tipo 2 encontrará un giro en sentido contrario a las agujas del reloj.

Tipo 3: este, también conocido como báscula cecal, es el plegamiento hacia arriba del ciego. No hay torsión axial como con el tipo 1 y el tipo 2.

Los tipos 1 y 2, que implican torsión axial, representan aproximadamente el 80 % de todos los vólvulos cecales. Las básculas cecales representan el 20% restante de los vólvulos cecales.

Los signos clínicos pueden ser muy variables y pueden ser responsables de retrasos en el diagnóstico y tratamiento con la consiguiente necrosis o perforación intestinal. La mortalidad oscila entre el 10 y el 40% según la presencia de intestino viable o gangrenoso⁴.

Clínicamente, los pacientes con vólvulo cecal generalmente presentan de manera aguda síntomas recurrentes de dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, estreñimiento, náuseas, y vómitos.

Con respecto al diagnóstico, la radiografía simple de abdomen es suficiente para hacer el diagnóstico de un vólvulo sigmoideo; sin embargo, las radiografías abdominales son menos diagnósticas para un vólvulo cecal, identificando únicamente dilatación de asas con aumento de sospecha de obstrucción intestinal³. Por lo tanto, la tomografía computarizada es la modalidad de imagen adicional "gold standar" que ayuda en el diagnóstico donde se pueden identificar tres signos patognomónicos asociados con el vólvulo cecal agudo, "grano de café", "pico de pájaro" y "signos de remolino", como nuestro caso reportado^{2,3,4}.

El tratamiento puede ser conservador, mediante la desvolvulación con colonoscopia o enema de bario (es el método de elección para los vólvulos de sigma previo a la cirugía, pero menos eficaz en los vólvulos de colon derecho y ciego), o tratamiento quirúrgico, llevando a cabo una hemicolectomía derecha con o sin anastomosis. Se han descrito otras técnicas como la cecopexia o la cecostomía, así como el abordaje laparoscópico de esta patología^{1,2,3,4}.

Bibliografía

1. Jiménez Rodríguez R. M., Díaz Pavón J. M., Alarcón del Agua I., Bernardos García C., Álamo Martínez J. M., Sousa Vaquero J. M.. Vólvulo de ciego como causa de obstrucción intestinal. *Rev. esp. enferm. dig.* 2008; 100(6): 373-374.
2. Delabrousse E, Sarliève P, Saille N, Aubry S, Kastler BA. Cecal volvulus: CT findings and correlation with pathophysiology. *Emerg Radiol.* 2007 Nov;14(6):411-5. doi: 10.1007/s10140-007-0647-4. Epub 2007 Jul 6. PMID: 17618472.
3. Le CK, Nahirniak P, Qaja E. Cecal Volvulus. 2022 May 8. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.* PMID: 29262030.
4. Sikakulya FK, Kiyaka SM, Masereka R, Onyai P, Okedi XF, Anyama P. Cecal volvulus in an adult male: A rare cause of intestinal obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;85:106186. doi:10.1016/j.ijscr.2021.106186